

Krzysztof Sawiński
Anna Jakrzewska-Sawińska
Anna Maria Majchrzycka

Całościowa Ocena Geriatryczna jako narzędzie do oceny skuteczności programów aktywizujących osoby po 60 roku życia

Zwiększająca się populacja ludzi w podeszłym wieku będzie jednym z największych wyzwań ekonomicznych dla polityki społecznej i zdrowotnej w całej Europie, dlatego coraz więcej uwagi poświęca się sprawności osób w wieku starszym. Wychodząc naprzeciw konsekwencjom starzenia się naszego społeczeństwa, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej przygotowało i finansowało Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych (ASOS).

W latach 2013 – 2014 Wielkopolskie Stowarzyszenie Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe” w ramach programu ASOS zrealizowało dwa cykle zajęć trwające po dziewięć miesięcy. Odbywały się one pod nazwą: „Kompleksowy program na rzecz poprawy jakości i poziomu życia osób starszych poprzez działania edukacyjne, sportowo-ruchowe, z naciskiem na rozwój zasobów osobistych i interpersonalnych”. Celem tego projektu było podjęcie działań prowadzących do aktywizacji seniorów, poprawy jakości ich życia i funkcjonowania społecznego.

Przedmiotem prowadzonych, w trakcie trwania projektów badań było zastosowanie Całościowej Oceny Geriatrycznej (COG) odnośnie do skuteczności programów aktywizujących osoby po 60 roku życia. W związku z nim, jako cel badań określono ustalenie związków między przeprowadzanymi badaniami wchodzącymi w skład Całościowej Oceny Geriatrycznej a skutecznością realizowanych w ramach programu zajęć. Na podstawie uzyskanych wyników określano także indywidualne potrzeby beneficjentów proponowanego zadania. Zastosowano szereg technik badawczych, począwszy od zebrania od pacjenta wywiadu dotyczącego stanu zdrowia, stanu funkcjonalnego oraz sytuacji socjalno-bytowej, po przeprowadzenie i analizę szeregu testów wchodzących w skład Całościowej Oceny Geriatrycznej. Uczestnikami programu byli mieszkańcy Poznania i okolic, którzy ukończyli 60 rok życia i zostali zakwalifikowani do objęcia programem ASOS. W edycji 2013 w zadaniu wzięło udział 61 osób, w 2014 było

ich 71. Badania odbywały się każdorazowo przed przystąpieniem do realizowanych w ramach programu zajęć (ASOS 2013 i ASOS 2014).

Warunkiem uczestniczenia w programie było przejście pozytywnej kwalifikacji w zakresie stanu zdrowia i sprawności psychofizycznej. Badania wykonane w tym celu, prowadził, pod nadzorem lekarza zespół złożony z pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa/neuropsychologa, pracownika socjalnego i dietetyka.

Należy podkreślić, że Całościowa Ocena Geriatryczna to coraz bardziej doceniane narzędzie pracy stosowane przez lekarzy geriatrów i innych specjalistów pracujących z osobami starszymi. Jej definicja podaje, że jest ona wielowymiarowym, interdyscyplinarnym i zintegrowanym procesem diagnostycznym, który służy do określenia problemów zdrowotnych i funkcjonalnych (w tym: medycznych, fizycznych, psychicznych, socjalnych i społecznych) starszego pacjenta w celu oszacowania obszarów deficytów funkcjonalnych oraz ustalenia priorytetów leczniczo-rehabilitacyjnych¹.

Stosowanie Całościowej Oceny Geriatrycznej jest rekomendowane dla osób w późnej starości, które są zniedołężniałe, niesprawne, bądź których sytuacja życiowa nagle zmieniła się pod wpływem choroby (udar, zawał serca), nagłego pogorszenia się sytuacji finansowej lub śmierci współmałżonka. Na oddziałach geriatrycznych dla wyodrębnienia grup pacjentów, u których procedura ta powinna być wykonana stosuje się skalę Vulnerable Elders Survey (VES-13). Jej wykorzystywanie jest także uznawane przez Narodowy Fundusz Zdrowia jako warunek do rozliczania procedury Całościowej Oceny Geriatrycznej w czasie hospitalizacji na oddziale geriatrycznym (w sytuacji uzyskania przez pacjenta 3 lub więcej punktów). Podkreślić należy, że procedura ta nie jest finansowana w ramach wizyt ambulatoryjnych w poradni geriatrycznej.

W pierwszym roku realizacji programu (ASOS 2013) wykorzystywano następujące elementy Całościowej Oceny Geriatrycznej: badanie przedmiotowe i podmiotowe oraz lokalizacji i natężenia bólu, wykonywane przez lekarza. U beneficjentów zadania przeprowadzono podstawowe badania laboratoryjne oraz elektrokardiogram (EKG). Ocena fizjoterapeuty obejmowała określenie: ogólnej sprawności fizycznej, wskaźnika masy ciała (Body Mass Index, BMI), analizę bioimpedancji elektrycznej (bioelectrical impedance analysis, BIA). Do zadań fizjoterapeuty należało dodatkowo monitorowanie ciśnienia tętniczego, tętna przed i po wysiłku fizycznym. Ocena psychologiczna następowała po indywidualnej konsultacji i wykonaniu Testu Mini – Mental State Examination (MMSE), który jest kliniczną skalą służącą do badania zaburzeń w funkcjonowaniu poznawczym

¹ L. Z. Rubenstein, *An overview of comprehensive geriatric assessment* [w:] L. Z. Rubenstein, D. Wieland, R. Bernabei (red.), *Geriatric Assessment Technology. The State of the Art*. Milan, Editrice Kurtis, 1995, s. 1-9.

pacjenta. Po analizie 3-dniowego jadłospisu dietetyk przeprowadzał indywidualną konsultację z każdą osobą uczestniczącą w programie.

Uzyskane wyniki posłużyły do zoptymalizowania opieki nad osobami uczestniczącymi w programie. Z tego względu w kolejnej edycji programu - ASOS 2014 postanowiono zastosować dodatkowe narzędzia Całościowej Oceny Geriatrycznej. U każdego uczestnika wykonano badania EKG, oraz badanie krwi i moczu, a lekarz przeprowadzał badanie przedmiotowe i podmiotowe, lokalizację i nasilenie bólu, a także liczbę zażywanych leków z uwzględnieniem możliwych interakcji. Dodatkowo lekarz przeprowadzał skalę VES-13 (od uzyskanej punktacji nie uzależniano wykonania pozostałych badań Całościowej Oceny Geriatrycznej), Wynik 3 punktów lub powyżej, uzyskało 22,5% osób uczestniczących w zajęciach. W wieku 60-69 były to 4 osoby (11,4%), natomiast w grupie osób powyżej 70 roku – 12 (33,3%).

Każda osoba została oceniona przez fizjoterapeutę w zakresie ogólnej oceny sprawności ruchowej, która pozwalała na dostosowanie ćwiczeń do jej możliwości. Ponadto, przeprowadzano ocenę ryzyka upadków (Tinetti Test, TT) oraz równowagi i chodu (Tinetti Gait and Balance Examination), określano BMI i BIA, monitorowano ciśnienie krwi oraz tętno uczestników przed i po wysiłku.

Testy przeprowadzane przez psychologa miały na celu wczesne wykrywanie chorób otępiennych oraz wdrożenie odpowiedniego treningu funkcji poznawczych. Zastosowano test MMSE, Test Rysowania Zegara (Clock Drawing Test, CDT), który pozwalał na wczesne rozpoznawanie zaburzeń sprawności poznawczej. Szczególnie przydatny wydaje się przy rozpoznawaniu zaburzeń związanych z wczesnym etapem choroby Alzheimera, kiedy ogólna sprawność poznawcza nie osiąga jeszcze poziomu otępienia². Skala Hachinińskiego (Hachinski Ischaemic Scale, HIS) została wykorzystana w celu odróżnienia otępienia naczyniowego od choroby Alzheimera. Kolejnym wykorzystanym narzędziem była skala IZZ – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, wskaźnik służący do określenia zachowań prozdrowotnych takich jak prawidłowe nawyki żywieniowe, profilaktyka i nastawienie psychiczne. Ponieważ uczestnicy, mimo prezentowania instrukcji, mieli problem z prawidłowym wypełnieniem arkusza odpowiedzi wyniki tego badania okazały się trudne do interpretacji. Dla osób, u których wyniki badań przesiewowych odbiegały od ogólnie uznanych za prawidłowe wykonywano dodatkowe badania w celu przyspieszenia rozpoznania i przekierowania do dalszej diagnostyki oraz leczenia, prowadzonego pod kierunkiem odpowiedniego specjalisty.

2 S. Krzemiński, *Test rysowania zegara*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 1995 nr 4, suplement 1(2), s. 21-30.

Zadaniem dietetyka było przeanalizowanie i zinterpretowanie 3-dniowego jadłospisu uczestnika programu, zawierającego wszystkie spożywane pokarmy oraz przyjmowane płyny. Po ocenie dietetyka uzupełniano go sugestiami zmian w diecie i ogólnym sposobie odżywiania się. Dodatkowo przeprowadzono ocenę stopnia odżywienia według kwestionariusza Mini Nutritional Assessment (MNA), który jest prostym testem przesiewowym, rekomendowanym przez wiele instytucji do oceny ryzyka niedożywienia u osób po 65 roku życia.

Pracownik socjalny na podstawie informacji dotyczących sytuacji mieszkaniowej i socjalnej określił czy uczestnicy programu nie potrzebują wsparcia instytucjonalnego lub nie są zagrożeni wykluczeniem społecznym bądź ubóstwem.

Dodatkowo, do oceny sprawności funkcjonalnej w zakresie prostych czynności dnia codziennego użyto skali Katza (Activities of Daily Living, ADL), natomiast do czynności złożonych skali Lawtona (Instrumental Activities of Daily Living, IADL).

Po przeprowadzonych badaniach uczestnikom projektu proponowano szereg zajęć obejmujących: warsztaty rozwoju osobistego z treningiem pamięci prowadzone przez neuropsychologa, naukę języka angielskiego na różnym poziomie zaawansowania, zajęcia komputerowe zróżnicowane w zależności od umiejętności, warsztaty tematyczne m.in. z fotografii, historii sztuki, ogrodnictwa, wizażu, filmu; zajęcia rehabilitacyjne na basenie oraz rehabilitację ruchową na sali gimnastycznej.

Dzięki realizowanym testom i badaniom, wszystkie zajęcia były indywidualnie dostosowane do potrzeb oraz możliwości osób starszych. Zostały one opracowane w taki sposób, by motywować seniorów do ustawicznego uczenia się, wdrażając trening pamięci oraz zajęcia językowe na poziomie dostosowanym do możliwości uczestników.

Wyniki badań i omówienie

Z przeprowadzonej analizy, zmienne jakościowe opisano za pomocą liczebności (n) i częstości (%), zmienne ilościowe opisano za pomocą podstawowych parametrów: średnia arytmetyczna, mediana, minimum i maksimum.

W obu edycjach realizowanego programu większość beneficjentów stanowiły kobiety. W tabeli 1 zaprezentowano procentowy udział kobiet i mężczyzn biorących udział w obu programach; w tabeli 2 wiek uczestników programu z uwzględnieniem dwóch grup wiekowych 60-69 oraz 70 i więcej lat.

Tabela 1. Płeć uczestników programów ASOS 2013 i ASOS 2014

Płeć	ASOS 2013	ASOS 2013	ASOS 2014	ASOS 2014
mężczyźni	8	13,1%	10	14,1%
kobiety	53	86,9%	61	85,9%
Ogół	61		71	

Źródło: badania własne.

Tabela 2. Wiek uczestników programu ASOS 2013 i ASOS 2014

Wiek	ASOS 2013	ASOS 2013	ASOS 2014	ASOS 2014
60-69	28	45,9%	35	49,3%
70+	33	54,1%	36	50,7%
Ogół	61		71	

Źródło: badania własne.

Wyniki badania przedmiotowego i podmiotowego przeprowadzonego w obu badanych grupach obrazuje Tabela 3.

Tabela 3. Dolegliwości zgłaszane przez uczestników w badaniu przedmiotowym i podmiotowym

Choroba/ Dolegliwość	ASOS 2013			ASOS 2014		
	nie	tak	tak	nie	tak	tak
	n	n	%	n	n	%
Jaskra	50	2	3,8%	65	4	5,8%
Zaćma	39	13	25,0%	47	22	31,9%
Szumy w uszach	37	15	28,8%	46	23	33,3%
Zawroty głowy	37	15	28,8%	42	27	39,1%
Zaburzenia równowagi	41	11	21,2%	49	20	29,0%
Omdlenia	51	1	1,9%	64	5	7,2%
Bezsenność	26	26	50,0%	27	42	60,9%

Zaburzenia oddychania podczas snu	46	6	11,5%	58	11	15,9%
Zespół niespokojnych nóg	48	4	7,7%	62	7	10,1%
Duszność spoczynkowa	50	2	3,8%	67	2	2,9%
Duszność przy wysiłku	26	26	50,0%	45	24	34,8%
Kaszel	37	15	28,8%	46	23	33,3%
Stany zapalne	36	16	30,8%	52	17	24,6%
Nietolerancja wysiłku	20	32	61,5%	47	22	31,9%
Zgaga	38	14	26,9%	49	20	29,0%
Wzdęcia	31	21	40,4%	43	26	37,7%
Zaparcia	35	17	32,7%	42	27	39,1%
Nietrzymanie kału	52	0	0,0%	66	3	4,3%
Guzki krwawnicze	38	14	26,9%	39	30	43,5%
Nietrzymanie moczu	30	22	42,3%	43	26	37,7%
Trudności w oddawaniu moczu	50	2	3,8%	67	2	2,9%
Częstomocz	43	9	17,3%	57	12	17,4%
Skąpomocz	48	4	7,7%	66	3	4,3%
Podwyższone ciśnienie tętnicze	23	29	55,8%	31	38	55,1%
Obniżone ciśnienie tętnicze	48	4	7,7%	53	16	23,2%
Obrzęki	34	18	34,6%	50	19	27,5%
Choroby tętnic obwodowych	36	16	30,8%	67	2	2,9%
Żylaki podudzi	26	26	50,0%	39	30	43,5%
Owrzodzenia podudzi	52	0	0,0%	69	0	0,0%
Niedokrwistość - anemia	51	1	1,9%	65	4	5,8%
Udar mózgu	47	5	9,6%	63	6	8,7%
Choroba Parkinsona	51	1	1,9%	67	2	2,9%
Padaczka	50	2	3,8%	69	0	0,0%
Choroby tarczycy	34	18	34,6%	42	26	38,2%
Astma	49	3	5,8%	62	7	10,1%
POCHP	46	6	11,5%	61	8	11,6%
Gruźlica	49	3	5,8%	64	5	7,2%
Niewydolność serca	44	8	15,4%	57	12	17,4%
Choroba niedokrwienna	31	21	40,4%	51	18	26,1%

Choroba wrzodowa	42	10	19,2%	62	7	10,1%
Zaburzenia ze strony pęcherzyka żółciowego	33	19	36,5%	42	27	39,1%
Choroby trzustki	50	2	3,8%	66	3	4,3%
Choroby nerek	47	5	9,6%	65	4	5,8%
Osteoporoza	26	26	50,0%	44	24	35,3%
Choroby zwyrodnieniowe stawów	6	46	88,5%	20	48	70,6%
Uczulenia-alergie	33	19	36,5%	43	26	37,7%

Źródło: badania własne.

Z zebranych podczas badań danych wynika, że osoby uczestniczące w zajęciach najczęściej zgłaszały problemy z nietolerancją wysiłku, dusznością przy wysiłku, bezsennością, podwyższonym ciśnieniem tętniczym, zylakami, nietrzymaniem moczu, wzdęciami i zaparciami oraz zgagą. Wśród chorób zgłaszanych przez beneficjentów zadania dominowały choroby tarczycy, choroba niedokrwienna serca oraz osteoporoza.

Badanie dotyczące lokalizacji bólu (tabela 4) pozwoliło zaobserwować, że najczęstsze dolegliwości bólowe dotyczyły bólu w okolicach stawów i kręgosłupa.

Tabela 4. Lokalizacja bólu u uczestników programów

Choroba	ASOS 2013			ASOS 2014		
	nie	tak	tak	nie	tak	tak
	n	n	%	n	n	%
Ból głowy	39	13	25,0%	42	27	39,1%
Ból w klatce piersiowej	40	12	23,1%	55	14	20,3%
Bóle w jamie brzusznej	43	9	17,3%	58	11	15,9%
Bóle w okolicach stawów	8	44	84,6%	27	42	60,9%
Bóle kręgosłupa	8	44	84,6%	18	51	73,9%
Ból - inne	47	5	9,6%	57	12	17,4%

Źródło: badania własne.

U pacjentów objętych badaniami przeprowadzono ocenę wzroku i słuchu; w pierwszej grupie osób (ASOS 2013) wykazano, że problemy ze wzro-

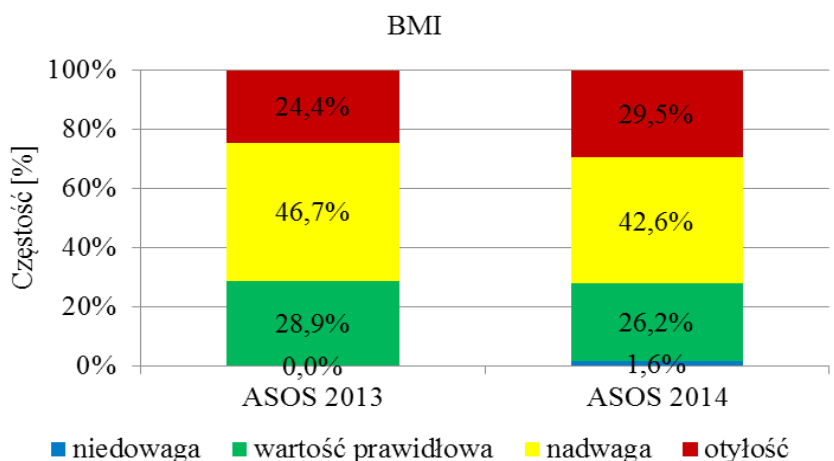
kiem dotyczyły 17,3% uczestników, w drugim roku było ich 11,7%. Osobom tym proponowano konsultację u okulisty. W wielu przypadkach wymiana okularów była wystarczająca do poprawy widzenia. W teście szeptu problemy ze słuchem wykazano u 23,1% (w pierwszej edycji) i u 26,1% osób (w drugiej). Z przeprowadzonych z seniorami rozmów wynikało, że mimo problemów związanych z niedosłuchem i dyskomfortem z tym związanym, nie protezują oni słuchu ze względu na wysokie koszty aparatu.

Ponieważ stan zdrowia jest warunkiem sprzyjającym dobrej kondycji fizycznej i poznawczej proponowano leczenie chorób przewlekłych bądź zachęcano do podejmowania leczenia u odpowiednich specjalistów oraz korzystania z badań profilaktycznych. Po zakończeniu programu uczestnicy otrzymali komplet dokumentów, zawierający interpretację testów i wyniki badań, co dało możliwość ich przedstawienia lekarzowi rodzinemu. Cześć osób korzystała także z konsultacji w poradni leczenia bólu i poradni geriatrycznej prowadzonych przez WSWOP „Hospicjum Domowe”.

Ocena fizjoterapeuty

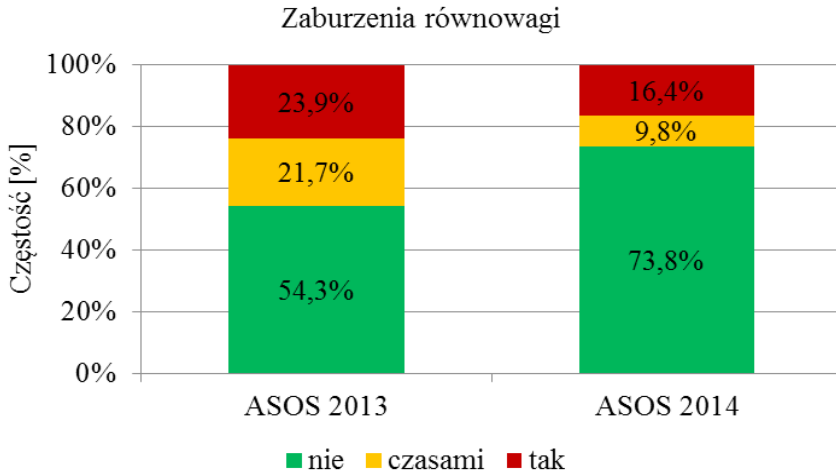
W chwili rozpoczęcia programu w 2013 roku 28,9% osób zgłaszało obniżenie sprawności fizycznej, w roku 2014 odpowiednio 54,1%; w roku 2013 aktywny tryb życia deklarowało 77,5%, w roku 2014 93,2% osób.

Wykres 1. Ocena BMI uczestników programu ASOS w latach 2013 i 2014



Źródło: badania własne.

Wykres 2. Zaburzenia równowagi uczestników programów ASOS z 2013 i 2014 roku



Źródło: badania własne.

W pierwszej edycji programu upadki i urazy zgłaszało 22,2% osób. W drugiej odsetek był nieco niższy i wynosił 16,4%. W roku 2014, w skróconym teście Tinetti, u 4,9% osób badanie wykazało istnienie ryzyka upadków, pozostali badani nie byli na nie w większym stopniu narażeni. Wyniki skali oceny równowagi i chodu (Tinetti Gait and Balance Examination) zilustrowane zostały w tabeli 5. Wynika z nich, że osoby po 70 roku życia mają większe problemy z utrzymaniem równowagi i płynnością chodu niż młodsza grupa badanych.

Tabela 5. Wyniki skali oceny równowagi i chodu wykonanej w programie ASOS 2014

Wiek	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
60-69 lat	31	27,0	28,0	18,0	28,0
70+ lat	29	25,8	27,0	8,0	28,0
Ogółem	60	26,4	27,0	8,0	28,0
Brak danych					
	n	%		n	%
60-69 lat	4	11,4	70+ lat	7	19,4
			Ogółem	11	15,5

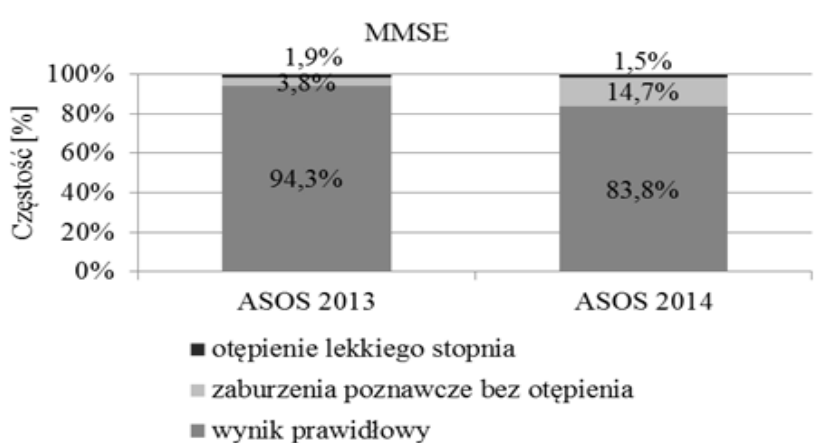
Źródło: badania własne.

Aktywność fizyczna to jeden z czynników, które w sposób bardzo istotny wpływają na zdrowie osoby starszej, dlatego po analizie wyników badań wiele uwagi poświęcono przygotowaniu planu optymalnego treningu. Celem zaproponowanej aktywności było utrzymanie sprawności funkcjonalnej, na którą składa się przede wszystkim: lokomocja, samoobsługa oraz niezależność gospodarcza. Nacisk położono na poprawę wydolności aerobowej, wzmacnianie siły mięśniowej, poprawianie koordynacji ruchowej oraz równowagi. Trafnym pomysłem okazały się także zajęcia na basenie. Podczas zajęć w wodzie można bowiem wykorzystać jej naturalne właściwości takie jak gęstość, opór i wyporność. Środowisko wodne okazało się wyjątkowo przyjazne dla seniorów z nadwagą i otyłością, umożliwiło bowiem wykonywanie ruchów, które w innych warunkach są trudniejsze, a nawet niemożliwe do realizacji³.

Ocena psychologa

Wyniki przeprowadzonego w obu edycjach programu Testu MMSE przedstawiono na wykresie 1. Najbardziej istotną, z punktu widzenia realizacji badań, informacją, była większa liczba osób z zaburzeniami poznawczymi. Były one sygnałem do wprowadzenia rehabilitacji funkcji poznawczych w szerszym zakresie. W Teście Rysowania Zegara (wyniki w tabeli 6) wraz z wiekiem wzrasta liczba osób, które posiadają cechy zaburzeń poznawczych.

Wykres 1. Wyniki badania Mini Mental State Examination w grupie ASOS 2013 i ASOS 2014



Źródło: badanie własne.

³ K. Pietrusik, *Pływanie: nauczanie i doskonalenie oraz wybrane elementy aqua fitness*, Warszawa 2005, TKKF, s. 103-104.

Tabela 6. Wyniki Testu Rysowania Zegara (TRZ) dla grup ASOS 2013 i ASOS 2014

	n	%	n	%	n	%
Test Rysowania Zegara	60-69 lat	60-69 lat	70+ lat	70+ lat	Ogółem	Ogółem
norma	29	82,9	30	83,3	59	83,1
poniżej normy	6	17,1	6	16,7	12	16,9
Ogółem	35		36		71	

Źródło: badanie własne.

Wyniki badania Skalą Hachińskiego przedstawiono w tabeli 7. Wynika z nich, że otępienie naczyniowe dotyczyło 3 osób (4,2%) w badanej grupie.

Tabela 7. Wyniki badania grup ASOS 2013 i 2014 Skalą Hachińskiego

Skala Hachińskiego	60-69 lat n	60-69 lat %	70+ lat n	70+ lat %	Ogółem n	Ogółem %
Brak otępienia naczyniowego	34	97,1	34	94,4	68	95,8
Otępienie naczyniowe	1	2,9	2	5,6	3	4,2
Ogółem	35		36		71	

Źródło: badanie własne.

Wszyscy uczestnicy, u których wyniki badań psychologicznych budziły pewne wątpliwości zostali w indywidualnym trybie skierowani na dodatkowe badanie funkcji poznawczych u neuropsychologa. Osoby te były także kierowane do lekarzy specjalistów w celu podjęcia odpowiedniej terapii. Była to grupa osób, która poza programem mogła skorzystać także z indywidualnego treningu pamięci.

Warsztaty rozwoju osobistego prowadzone w pierwszym roku, a trening funkcji poznawczych w kolejnym, okazały się bardzo trafnym oddziaływaniem prewencyjnym i terapeutycznym. Indywidualizowane programy ćwiczeń poszczególnych funkcji poznawczych były ukierunkowane na wzmacnianie zachowanych funkcji w celu kompensacji obszarów deficytowych.

Aktywność edukacyjna, która była powiązana z nauką języka angielskiego oraz obsługi komputera, dawała seniorom kolejną możliwość

poprawy sprawności intelektualnej, ponadto budowała poczucie bycia młodszym i bardziej sprawnym. „Uczenie”, a w konsekwencji nowe umiejętności pozwalały seniorom na bardziej otwartą postawę wobec ludzi i świata oraz poprawiały ich relację z innymi (dzieci, wnuki).

Ponieważ kontakty społeczne mają pozytywny wpływ na aktywność osób starszych, planowano podjęcie prób zachęcania uczestników programu do spotkań nie tylko z rodziną i przyjaciółmi, ale także z osobami poznanymi w czasie zajęć. Okazało się to zbędne. Grupy bardzo szybko zintegrowały się, a seniorzy wspierali się wzajemnie, spędzając ze sobą czas także poza zajęciami.

Ocena dietetyka

Dietetyk przed spotkaniem otrzymał od każdego z uczestników 3-dniowy jadłospis zawierający charakterystykę spożywanych posiłków oraz przyjmowanych płynów. Z oceny tego materiału (tabela 8) wynikało, że żaden z seniorów nie przyjmował właściwej dziennej racji kalorii. Dużej części badanych dotyczyły zaburzenia w podaży białka, tłuszczów oraz węglowodanów. Po ocenie każdy z uczestników otrzymał indywidualne zalecenia dotyczące swojej diety i miał możliwość poznania zasad zdrowego żywienia oraz przedyskutowania popełnianych błędów dietetycznych. Każdego zachęcano do urozmaicenia codziennej diety oraz wprowadzania zmian koniecznych dla zdrowia, dodatkowo uczestnicy otrzymali zindywidualizowany wykaz zalecanych produktów oraz przykładowe jadłospisy.

Tabela 8. Spożycie kalorii oraz podaż: białka, tłuszczu i węglowodanów w grupach ASOS 2013 i 2014

	ASOS 2013			ASOS 2014		
	poniżej normy	norma	powyżej normy	poniżej normy	norma	powyżej normy
spożycie kalorii	27,3%	-	72,7%	33,3%	-	66,7%
podaż białka	40%	33,3%	26,7%	36,3%	45,5%	18,2%
podaż tłuszczu	33,3%	33,3%	33,3%	27,3%	45,5%	27,3%
podaż węglowodanów	60%	20%	20%	72,7%	23,3%	-

Źródło: badanie własne.

W drugiej edycji programu (ASOS 2014) przeprowadzono dodatkowo badanie z wykorzystaniem kwestionariusza Oceny Stanu Odżywienia (Mini Nutritional Assessment), który obejmuje ocenę czynników dotyczących sposobu odżywiania się oraz pomiarów BMI, obwodu ramienia i łydki. Wykazano, iż 85,2% osób wykazywało dobry stopień odżywienia, a u 14,8% występowało ryzyko niedożywienia.

Ocena pracownika socjalnego

Badania przeprowadzono opierając się na indywidualnych rozmowach oraz krótką ankietę dotyczącą warunków mieszkaniowych i socjalnych (dotyczyły jedynie drugiej edycji programu).

Tabela 9. Rodzaj mieszkań zajmowanych przez uczestników programu ASOS 2014

Rodzaj mieszkania	60-69 lat	70+ lat	Ogółem	60-69 lat	70+ lat	Ogółem
Własnościowe	21	20	41	72,4	69,0	70,7
Lokatorskie	0	2	2	0,0	6,9	3,4
Wynajęte	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Hotel	0	0	0	0,0	0,0	0,0
Inne	4	4	8	13,8	13,8	13,8
Dom jednorodzinny	4	3	7	13,8	10,3	12,1
Ogółem	29	29	58			
Brak danych	6	7	13	17,1	19,4	18,3

Źródło: badanie własne.

Uczestnicy programu mieli stabilną sytuację mieszkaniową (Tabela 9). Większość posiadała mieszkania własnościowe (70,7%). W Tabeli 10 widać zróżnicowanie mieszkań pod względem ich metrażu. W tabeli 11 zobrazowano stan wyposażenia mieszkań w przedmioty konieczne do codziennego funkcjonowania.

Tabela 10. Metraż mieszkań zajmowanych przez uczestników programu ASOS 2014

Metraż [m ²]								
Wiek	n		Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum		
60-69 lat	30		66,5	56,0	31,2	170,0		
70+ lat	27		64,1	50,0	37,0	150,0		
Ogółem	57		65,4	53,0	31,2	170,0		
Brak danych								
	n	%		n	%		n	%
60-69 lat	5	14,3	70+ lat	9	25,0	Ogółem	14	19,7

Źródło: badanie własne.

Tabela 11. Podstawowe wyposażenie w mieszkaniu osób biorących udział w programie ASOS 2014

Mieszkanie zaopatrzone w:	60-69 lat	70+ lat	Ogółem	60-69 lat	70+ lat	Ogółem
WC	32	30	62	100,0	96,8	98,4
łazienkę	32	28	60	100,0	90,3	95,2
CO	32	30	62	100,0	96,8	98,4
pralka	32	29	61	100,0	93,5	96,8
telefon	31	31	62	96,9	100,0	98,4
radio	28	28	56	87,5	90,3	88,9
TV	29	31	60	90,6	100,0	95,2
Brak danych	3	5	8	8,6	13,9	11,3

Źródło: badanie własne.

Większość seniorów określała swoją sytuację ekonomiczną jako wystarczającą do codziennego funkcjonowania. Należy jednak podkreślić, że wielu seniorów deklarowało, że pomagają im dzieci i wnuki. Największe wydatki dotyczyły: utrzymania mieszkania, zakupu leków i artykułów spożywczych. Osoby samotne określały swoją sytuację materialną gorzej niż ich rówieśnicy zamieszkujący we wspólnym gospodarstwie domowym ze współmałżonkiem lub innymi członkami rodziny.

Z rozmów przeprowadzonych z seniorami wynikało, że po zakończonym programie większość z nich nie będzie miała możliwości uczestnictwa w odpłatnych formach aktywności. Z tego względu informowano

seniorów o możliwościach spędzania czasu aktywnie i bez dodatkowych kosztów, np. wychodząc na spacer z kijkami, ćwicząc na siłowni w parku, czy zwiedzając muzeum w dzień bez opłaty.

Uczestnicy edycji ASOS 2014 wypełnili także dwa dodatkowe testy oceniające sprawność funkcjonalną. Pierwszym z nich była skala Katza (tabela 12) oceniająca możliwości wykonywania i zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, takich jak: poruszanie się, odżywianie, kontrolowanie czynności fizjologicznych i utrzymywanie higieny wykazała, że większość seniorów osiąga wysoki wynik świadczący o dobrej sprawności w wykonywaniu codziennych, podstawowych czynności. Skala Lawtona (tabela 13) z kolei oceniała wykonywanie złożonych takich, czynności jak: umiejętność wykorzystania telefonu, robienia zakupów i sporządzania posiłków, wykonywania prac domowych i drobnych napraw oraz gospodarowania budżetem. Uzyskane wyniki skal ADL i IADL pozwalały na właściwe ukierunkowanie działań dotyczących profilaktyki i diagnostyki pacjentów.

Tabela 12. Wyniki skali Katza (ADL) przeprowadzonej w programie ASOS 2014

Wiek	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
60-69	35	11,5	12,0	9,0	12,0
70+	33	11,5	12,0	8,5	12,0
Ogółem	68	11,5	12,0	8,5	12,0
Brak danych					
	n	%	n	%	
60-69 lat	0	0	70+ lat	3	8,3
			Ogółem	3	4,2

Źródło: badanie własne.

Tabela 13. Wyniki skali Lawtona (IADL) przeprowadzonej w programie ASOS 2014

Wiek	n	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum
60-69 lat	35	26,3	27,0	21,0	27,0
70+ lat	34	26,2	27,0	21,0	27,0
Ogółem	69	26,3	27,0	21,0	27,0
Brak danych					
	n	%	n	%	
60-69 lat	0	0	70+ lat	2	5,6
			Ogółem	2	2,8

Źródło: badanie własne.

Otrzymane wyniki badań pozwalały na określenie sfer życia i funkcjonowania seniorów wymagających wprowadzenia zmian. Program dostosowany był do potrzeb całej grupy osób uczestniczących w zajęciach, a także każdego uczestnika traktował w sposób indywidualny.

W wyniku przeprowadzenia testów wchodzących w skład Całościowej Oceny Geriatrycznej można było ocenić wyjściowy stan funkcjonowania osób uczestniczących w programie oraz zaobserwować zmiany, jakie zaszły u uczestników po wdrożeniu odpowiedniego rodzaju aktywności. Użycie tego rodzaju metod badawczych dało też podstawę do zastosowania części działań korekcyjnych z podobnym natężeniem w kolejnych latach prowadzenia działań na rzecz seniorów oraz modyfikowania innych tak, by pozwalały na otrzymanie jak najlepszych wyników.

Wnioski

Zaproponowane działania w ramach realizowanego programu w sposób istotny przyczyniły się do:

- Podejmowania przez uczestników dodatkowej aktywności fizycznej i intelektualnej na poziomie zgodnym z ich stanem zdrowia i sprawnością umysłową.
- Zmniejszenia dolegliwości bólowych ze strony układu ruchu oraz zwiększonej tolerancji wysiłku (wynikało to z wdrożenia regularnej rehabilitacji ruchowej oraz zmiany stylu życia na bardziej aktywny i zdrowy).
- Wzrostu aktywności osób starszych oraz zapobiegania ich izolacji i samotności.
- Zwiększenia świadomości uczestników odnośnie do zdrowego odżywiania i zbilansowanej diety.
- Stwierdzono, że wykorzystanie narzędzi Całościowej Oceny Geriatrycznej daje dużą szansę rozpoznawania i złagodzenia skutków problemów, które w normalnych warunkach mogą nie zostać dostrzeżone (problemy związane z nieprawidłowym widzeniem, niedosłuchem, pogarszająca się sprawnością, nietrzymaniem moczu).

Wskazane jest rozpowszechnianie narzędzia Całościowej Oceny Geriatrycznej w celu optymalizowania opieki nad osobami starszymi.

Zakończenie

Stan zdrowia, stan funkcjonalny, kondycja psychiczna i socjalna są czynnikami, które wzajemnie na siebie oddziałują, przyczyniając się często do obniżenia standardu i jakości życia osób starszych. W wielu

przypadkach niedomaganie w jednej lub kilku z tych sfer prowadzi do utraty zdolności samodzielnej egzystencji i wymaga zorganizowanej opieki. Działania profilaktyczne, wdrożone jak najwcześniej, mogą przyczynić się do wydłużenia okresu niezależności.

Przy wprowadzaniu programów profilaktycznych należy jednak pamiętać, że każdy senior ma inne możliwości, potrzeby i oczekiwania. Przygotowując kompleksowe plany opieki dla seniorów, warto pytać ich o zainteresowania, a warsztaty tematyczne dostosowywać właśnie do nich. W ćwiczeniach fizycznych, nauce języka czy zajęciach komputerowych istotne jest wzięcie pod uwagę wieku uczestników, ich stanu zdrowia i sprawności. Ważne wydaje się także zwrócenie uwagi, w jaki sposób seniorzy mogliby korzystać z nabytych umiejętności w życiu. Niezależnie od tego, jaki rodzaj ćwiczeń zaproponuje się osobom starszym, by były skuteczne, powinny być dostosowywane do indywidualnych potrzeb jednostki, co nie wyklucza przeprowadzania ich w małych grupach.

Comprehensive Geriatric Assessment as a tool for assessing the efficacy of activation programmes for people over sixty

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) is a multidirectional diagnostic process whose aims are: to set the priorities in elderly patients' medication and rehabilitation, to determine those patients' ability to function independently, and to estimate their health-related, psychological and social needs. WSWOP "Hospicjum Domowe" in Poznan adopted CGA to assess the results of the senior-oriented activation programme. The assessment of physical and intellectual fitness, as well as of the social and emotional condition of programme participants, conducted by a team of specialists, provided the basis for the implementation of new methods of working with seniors and allowed for the optimization of physical and intellectual rehabilitation.

Bibliografia

Derejczyk J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju?*, „Gerontologia Polska”, 2008 t. 16, nr 3, s. 149-159.

- Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R., *Elementy kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce pielęgniarstwa*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie”, Rzeszów 2011, 2, s. 205-211.
- Grzanka-Tykwińska A., Kędziora-Kornatowska K., *Znaczenie wybranych form aktywności w życiu osób w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska”, 2010 t. 18, nr 1, s. 29-32.
- Józefowski P., *Funkcjonalna i psychofizyczna ocena geriatryczna w fizjoterapii*, „Alter Ego Seniora” 1/2013, s. 29-33.
- Kaczmarek B., Kuśnierkiewicz M., *Trendy w najnowszych badaniach dotyczących funkcjonowania poznawczego osób starszych oraz profilaktyka zaburzeń neuropsychologicznych u seniorów*, *Wyzwania współczesnej geriatry i gerontologii*, WSWOP „Hospicjum Domowe”, Poznań 2014, s. 162-178.
- Kostka T., Kostka J., *Trening zdrowotny osób starszych*, [w:] *Fizjoterapia w geriatryi*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, s. 31-34.
- Krzywiński S., *Test rysowania zegara*, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 1995;4, suplement 1(2), s. 21-30.
- Michel J-P., *Żywnienie, starzenie się i długowieczność*, *Wyzwania współczesnej geriatry i gerontologii*, wyd. WSWOP „Hospicjum Domowe”, Poznań 2014, s. 89-95.
- Posłuszna M., *Aktywność rodzinna i społeczna osób starszych*, „Nowiny Lekarskie” 2012, 81, 1, s. 75-79.
- Pietrusik K., *Pływanie: nauczanie i doskonalenie oraz wybrane elementy aqua fitness*, TKKF, Warszawa 2005, s. 103-104.
- Wieczorkowska-Tobis K., *Ocena pacjenta starszego*, „Geriatrya”, 2010 4, s. 247-251.
- Zajac-Gawlak I., Pośpiech D., *Aktywność fizyczna sposobem na pomyślne starzenie się człowieka*, *Osoby starsze w przestrzeni życia społecznego*, Wyd. ROPS Województwa Śląskiego, Katowice 2014, s. 131-146, http://rops-katowice.pl/ois/dopobrania/2014.12.16_osoby_starsze.pdf [Dostęp: 19.03.2015].